Stanford University Library
DEC 16 1901

Hysterischer Mutismus

im Verlauf von Typhus abdominalis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medicinischen Facultät der Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

am 7. März 1901

vorgelegt von

PAUL GUTMANN

approb. Arzt

aus Berlin.

Referent: Herr Geh. Rat Prof. Dr. **W. Erb.**

BERLIN 1901.

Druck von Alfred Unger

Spandauer-Str. 48.

Meinen teuren Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153506_0118

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Paul Gutmann, Sohn des Kaufmann Bernhard Gutmann, wurde am 2. Juli 1877 in Stuttgart geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Königlichen Wilhelms-Gymnasium in Berlin, das er im März 1896 nach bestandener Reifeprüfung verliess.

Die ersten 4 Semester, Sommersemester 1896 bis Wintersemenster 1897—1898 verbrachte er in Heidelberg und bestand hier am 1. März 1898 die ärztliche Vorprüfung, das 5. und 6. Semester studierte er in Berlin, im Sommer 1899 kehrte er nach Heidelberg zurück und bestand hier am 26. Februar das medicinische Staatsexamen.

Während seiner Studienzeit besuchte er folgende Vorlesungen:

in Berlin: Gerhardt, Hansemann, Koblank, König, Nasse †, Olshausen, Rosin, Zinn,

in Heidelberg: Arnold, Bütschli, Czerny, Erb, Ernst, Gegenbauer, v. Hippel, Jurasz, Kehrer, Knauff, Krafft, Kühne, Leber, Lossen, Maurer, Pfitzer, Quinke, Schäffer, Vierordt.

Schon seit langer Zeit sind Sprachstörungen der mannigfaltigsten Art im Verlauf von Typhus abdominalis und anderen Infektionskrankheiten beobachtet worden. Der älteste Fall ist wohl der von *Traube*[1]) beschriebene, wo während der ersten Krankheitswoche neben anderen schweren nervösen Erscheinungen eine Stimmbandlähmung auftrat. Sie verschwand mit der Abnahme des Fiebers und der Zunahme des allgemeinen Kräftezustandes. *Traube* selbst stellte diese Paralyse in eine Kategorie mit den Erscheinungen des Zitterns der Hände und der hervorgestreckten Zunge. Zweifellos handelte es sich in diesem Fall um eine Innervationsstörung im Bereich des N. recurrens, und ähnliche Beobachtungen, welche von *Boulay* und *H. Mendel*[2]) in dieser Hinsicht gemacht wurden, haben die Annahme bestätigt. In der Regel waren die Stimmritzenerweiterer, weniger häufig die Stimmritzenverengerer und ganz selten alle vom N. recurrens innervierten Muskeln von der Lähmung ergriffen.

---

[1]) Gesammelte Beiträge, Bd. 2.

[2]) Archiv générale de medicin, Dez. 94.

Je nach dem Grade der Lähmung war die Stimme unrein, heiser oder tonlos.

Während diese Form der Sprachstörung in der Litteratur des Typhus häufig erwähnt wird, begegnen wir einer zweiten Form, der Störung in der Artikulation der Worte, der sogen. Dysarthrie, nicht so oft. Indessen ist auch dieser von massgebender Seite — *(Westphal*[1]*)* — schon vor langer Zeit gedacht worden, und in jüngster Zeit haben *Curschmann* und *Eisenlohr* wiederum auf diese Complikation des Typhus hingewiesen.

Die von *Curschmann* beobachtete Kranke wurde im Verlauf eines schweren Typhus plötzlich Ende der 3. Woche von einer dysarthrischen Sprachstörung befallen, ohne sonst eine Lähmung aufzuweisen. Allmählich verschwand wieder die Dysarthrie.

Aehnlich verhielten sich die von *Eisenlohr* beschriebenen Fälle. Auch hier handelte es sich um Kranke, die schwer inficiert waren, und plötzlich jene eigentümliche Sprachstörung zeigten; jedoch begleitete dieselbe eine Facialis und Trigegeminuslähmung.

Einer der Patienten erlag dem Typhus, und die Sektion ergab ein völlig negatives Resultat.

Die Medulla oblongata bot keinerlei Gewebsveränderungen, es fanden sich in ihr dem „Staphylokokkus citreus“ ähnliche Gebilde und eigenartige „Stäbchen“.

---

[1]) Dysarthr., Störungen bei Typhus (Westphal). Archiv f. Psychiatrie III. 2. 1872. Berl. Clin. Wochenschrift 1872. IX, No. 1. Schmidts Jahrbuch, B. 163.

Weit seltener noch wird in der Litteratur der Sprachstörungen gedacht, welche man unter dem Namen der Aphasie zusammenfasst.

Griesinger,[1]) welcher in einer Abhandlung eingehend die nervösen Erscheinungen im Verlauf des Typhus schildert, geht, „über die dysphatischen Sprachstörungen“ kurz hinweg.

„Hier und da tritt vollständige Sprachlosigkeit oder Stummheit ein, wiewohl der Kranke versteht und sprechen möchte, und die Zunge frei bewegen kann; dies verliert sich zuweilen nur langsam in der Rekonvalescenz“.

Nothnagel[2]) beschränkt sich in seiner Monographie über die nervösen Nachkrankheiten des Unterleibs-Typhus darauf, *Griesinger's* Worte zu citieren.

Ebenso unberücksichtigt lässt *Liebermeister* in Ziemssens Handbuch diese wenn auch seltene, so doch ebenfalls beim Typhus vorkommende Complikation.

Erst im Jahre 1884 hat *Kühn*[3]) die bis zu seiner Zeit beobachteten Fälle transitorischer Aphasie in einer Dissertation gesammelt und den Versuch gemacht, eine Erklärung für dieselbe zu geben.

Weshalb man dieser Begleiterscheinung des Typhus bis dahin so wenig Aufmerksamkeit geschenkt hatte, liegt nach *Kühn's* Ansicht daran, dass man sich damals überhaupt erst seit kürzerer Zeit mehr mit den Sprachstörungen beschäftigte.

---

[1]) Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie v. Virchow Bd. 2.

[2]) Deutsches Archiv f. klin. Medicin, Bd. IX.

[3]) Deutsches Archiv f. klin. Medicin, Bd. 34.

Obwohl dieser Gegenstand in *Kühn's* Dissertation keine ausreichende Erklärung gefunden hat, ist er doch seit seiner Arbeit in Vergessenheit geraten, und erst in *Curschmann's* Monographie über Unterleibstyphus begegnen wir ihm wieder. Trotz der bis dahin erschienenen Abhandlungen hält auch *Curschmann*[1]) die vorübergehende Sprachlosigkeit für noch unaufgeklärt.

Ein in der Heidelberger medicinischen Universitätsklinik beobachteter Fall dieser Art giebt uns den Anlass, die bisher bekannten Fälle mit dem unsrigen zu vergleichen, von neuem zu prüfen, worauf diese nervöse Störung zurückzuführen ist, zu prüfen, ob die von *Kühn* u. a. gegebene Erklärung richtig ist, und ob es nicht möglich ist, unseren Fall und einen Teil der übrigen anders zu deuten.

Krankengeschichte: Anamnese.

Unsere Patientin ist ein 7jähriges Fabrikarbeiterskind aus Seckenheim. Sie entstammt einer gesunden Familie; ihre Eltern und Geschwister sind bisher nicht ernstlich krank gewesen, und sie selbst ist von den Kinderkrankheiten verschont geblieben. Von Nervenleiden in der Familie ist nichts bekannt. Nach der Erzählung seiner Eltern hat sich das Kind geistig und körperlich gut entwickelt, und stets ein aufgewecktes Wesen an den Tag gelegt.

Bei einer Typhusepidemie, welche im Herbst 1899 in Seckenheim ausbrach, wurde fast die ganze Familie

[1]) Curschmanns Monographie über Unterleibstyphus, S. 316.

unsrer Patientin in Mitleidenschaft gezogen. Erst erkrankten die Mutter und Geschwister, dann sie.

Am 3. September 1899 trat unsere Patientin in die Heidelberger Klinik ein. Nach der Erzählung ihres Grossvaters hatte drei Tage zuvor die Krankheit mit allgemeiner geistiger und körperlicher Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Gliederschmerzen begonnen. Daneben waren Fiebererscheinungen aufgetreten, indem Hitze und Frostgefühl mit einander wechselten. Der Appetit war mässig gewesen, der Stuhl angehalten.

Vor allem hatte sich das allgemeine Krankheitsgefühl in den Vordergrund gedrängt, während örtliche Symptome, wie Schmerzen im Leib oder anderen Organen, kaum beobachtet waren.

Status:

Die Patientin ist ihrem Alter entsprechend entwickelt. Sie hat einen relativ guten Ernährungszustand, wenn auch das Fettpolster und die Muskulatur nur wenig entwickelt sind. Die Schleimhäute sind blass gefärbt, aber im übrigen zeigt die Patientin keine Spuren von Anämie oder auch nur auffallender Blässe. An der äusseren Haut findet man weder ein Exanthem noch Miliariaeruptionen. Der Hals ist frei von Belag, die Zunge feucht und stark belegt.

Der Thorax: ist normal gebaut, die linke Hälfte ist schmäler und weniger gewölbt, während die rechte stärker hervortritt. Eine mässig entwickelte rechtsseitige Skoliose weist uns auf eine frühere, jetzt abgelaufene Rhachitis hin. Auffallend ist, dass der

Respirationsakt vorwiegend abdominell spielt, während der Thorax sich nur wenig ausdehnt.

Die Lungen ergeben überall normalen sonoren Schall und reichen hinten bis zur X. Rippe. Irgend welche schwereren Lungenerscheinungen sind nicht nachweisbar. Das Atemgeräusch hat einen vesikulären Charakter, nur hinten ist es verschärft und von reichlichem Schnurren und Pfeifen begleitet.

Das Herz liegt an normaler Stelle, es reicht oben bis zur 3., unten bis zur 6. Rippe, rechts bis zum linken Sternalrand, links bis zur Mammillarlinie. Die Herztöne sind rein, die Herzaktion ist regelmässig.

Das Abdomen ist mässig aufgetrieben. Selbst bei genauer Beobachtung lassen sich weder Roseolen noch auf Roseolen verdächtige Flecke nachweisen. Bei der Palpation zeigt es sich nirgends schmerzhaft; in der Ileocökalgegend besteht kein Gurren. Die Milz ist perkutorisch und palpatorisch nachweisbar.

Das Nervensystem: Das Bewusstsein und die Sinne der Patientin sind nicht umnebelt, das Sensorium ist vollkommen frei. Jedoch tritt in ihrem Wesen eine gewisse Reizbarkeit und Verstimmtheit hervor, die sich darin äussert, dass sie, ohne einen ernsten Grund zu haben, zu weinen beginnt. Irgend welche motorischen Störungen, Parese oder Paralyse von Muskeln, einfaches Zittern oder allgemeine Convulsionen finden sich nicht. — Die Sensibilität ist überall erhalten; an keiner Stelle lässt sich eine cutane Anästhesie oder Hyperästhesie nachweisen. Speziell ergiebt eine genaue Prüfung der Unterbauchgegend

und der Wirbelsäule, dass keine Druckempfindlichkeit besteht. Die Patientin ist stets über die jeweilige Lage ihrer Glieder und den Umfang der von ihnen ausgeführten Bewegungen orientiert.

Soweit eine Prüfung des Gesichts- und Gehörsinns möglich ist, erscheinen diese nicht verändert.

Die Sprache zeigt keinerlei Störungen. Die Patientin giebt, wenn auch zögernd, mit klangvoller Stimme Antwort auf die an sie gerichteten Fragen.

Die Körpertemperatur beträgt 40,2 °. — Der Puls ist voll, regelmässig und frequent = 120 Schläge.

Der Urin ist trübe, sauer und frei von Albumen. Der Stuhl ist dünn.

Die Patientin ist in der Lage, Harn und Stuhl zu halten.

Ordination: Eisblase auf den Kopf, gute Ernährung durch flüssige Kost, Bäder.

Krankheitsverlauf: In den ersten Krankheitstagen zeigt die Patientin noch keine Aenderung in ihrem psychischen Verhalten. — Die Fieberkurve hat das dem Höhestadium der Krankheit entsprechende Bild, den Charakter der „Febris continua"; die spontanen Remissionen betragen selten mehr als einen Grad, obwohl die Patientin täglich 4 mal gebadet wird. Die tieferen Temperaturen (durchschnittlich 39 °—39,5 °) fallen in die Morgen-, die höheren (durchschnittlich 40°—40,5°) in die Abendstunden. Der Puls zeigt eine gewisse Abhängigkeit von der Temperatur, indem er mit steigender Körperwärme beschleunigter wird. Er schwankt zwischen 120 und 140 Schlägen, ist aber voll und verrät keine Herzschwäche.

Am 9. Krankheitstag (7. IX.) zeigt sich die Patientin zum ersten Mal benommen. Sie reagiert zwar auf Anrufen und Fragen, streckt die Zunge heraus und macht bei der Nahrungsaufnahme keine Schwierigkeiten, aber in ihrem ganzen Wesen tritt eine gewisse Teilnahmslosigkeit und Schlaffheit zu Tage, obwohl die Temperatur keine höhere Stufe als an den vorhergehenden Tagen zeigt. Offenbar wird die Patientin von krankhaften Vorstellungen belästigt, da sie ab und zu vor sich hinspricht.

In den folgenden Tagen treten vereinzelte Roseolen auf der Bauchhaut auf. Es setzen sich nunmehr die (Delirien) traumhaften Vorstellungen auch in die Nacht fort, indem die Patientin zu delirieren beginnt und in ihren Reden an frühere Erlebnisse anknüpft. Körpertemperatur 39^0—40^0. Es tritt insofern eine Complikation hinzu, als die Patientin lebhaft und laut zu husten beginnt, und auf den Lungen reichliche Rhonchi hörbar sind.

Es werden vom 14. Krankheitstag ab der Patientin täglich zweimal 0,25 g Chinin gegeben. Die Fieberkurve zeigt von nun an bedeutende Schwankungen; wir finden morgens Temperaturen von 38^0, Abends von 39^0—40^0.

Die Patientin wird wieder ruhiger, und es verschwindet die Nachts hervorgetretene Benommenheit, aber es vollzieht sich eine eigentümliche Wandlung in ihrem psychischen Verhalten.

Sobald der Arzt an ihr Bett tritt, schlägt sie die Augen nieder, ihr Gesicht rötet sich und wird glühend

heiss. Sie ist vollkommen stumm und auf keine Weise zu bewegen, an sie gerichtete Fragen zu beantworten; sie macht nicht einmal den Versuch zu sprechen, da Lippen und Zunge unbeweglich bleiben. Alle Versprechungen, sie würde eine hübsche Puppe oder ihre Lieblingsspeise erhalten, wenn sie einmal antwortete, machen keinen Eindruck auf sie. — Redet man ihr eindringlicher zu, so zeigt sich die im Status erwähnte Reizbarkeit; die Patientin beginnt, laut zu weinen. — Dabei versteht sie alle zu ihr gesprochenen Worte, fordert man sie auf, bestimmte Gegenstände zu zeigen, bestimmte Handlungen zu verrichten, so befolgt sie die Befehle in richtiger Weise.

Man könnte vielleicht glauben, dass die ungewohnte Umgebung und der Verkehr mit den ihr fremden Personen ihre Schweigsamkeit veranlassten. Aber auch mit ihrer Mutter und Grossmutter, welche in den nebenstehenden Betten liegen, wechselt sie kein Wort; überdies hat sie ja in den ersten Tagen ihres Aufenthalts in der Klinik stets gesprochen.

Die übrigen Körperfunktionen sind nicht gestört; das Schlucken erfolgt in normaler Weise. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, und die Extremitäten zeigen keine Lähmungserscheinungen.

In diesem Zustande verharrt die Patientin, während die Entfieberung unter starken Remissionen vor sich geht.

Am 31. Krankheitstag ist die Patientin fieberfrei, bietet aber in ihrem psychischen Verhalten noch immer das Bild, das wir oben entworfen haben. Völlige

Stummheit bei Verständnis der zu ihr gesprochenen Worte.

Nach kurzer Zeit beginnt aber der typhöse Krankheitsprozess von neuem. In wenigen Tagen steigt mit der für das Initialstadium charakteristischen staffelförmigen Kurve die Temperatur auf 40^0 und zeigt im Fastigium kolossale Schwankungen, die täglich $2—3^0$ betragen. Der ganze Fiebertypus erinnert an das von Abercrombie u. a. beschriebene „infantile remittierende Fieber", und weist auf eine besonders schwere Infection hin. Ausserdem zeigen uns die dünnen Stühle, der Milztumor, geringe Albuminurie, zahlreiche Roseolen, dass ein vollkommenes und zweifelloses Recidiv sich entwickelt hat. Der Puls bleibt auf der Höhe von 120 Schlägen und ist von guter Spannung.

In dem psychischen Verhalten der Patientin tritt keine Aenderung ein. Das auf eine schwere Intoxikation hindeutende Recidiv ruft weder Delirien noch einen soporösen Zustand noch die bei Kindern häufigen Convulsionen hervor.

Man könnte vielleicht an eine geringe Benommenheit denken, weil die Patientin den Stuhl unter sich gehen lässt. Dies ist jedoch darauf zurückzuführen, dass sie ihre Wärterin nicht ruft, wenn sie Stuhldrang hat. Ihre Sprachlosigkeit geht so weit, dass sie nicht einmal durch Geschrei ihr Begehren nach einem Nachtstuhl auszudrücken vermag.

Es bestehen keinerlei Symptome, die auf eine Störung des Bewusstseins hindeuten. Sie reagiert auf

alle äusseren Reize, nimmt Nahrung und Getränke ohne Schwierigkeiten auf und schläft in der Nacht gut. Jede Aufforderung zu sprechen, jede Frage nach ihren Beschwerden beantwortet sie mit Weinen.

Eine Prüfung der Sensibilität und Reflexe ergiebt eine geringe Hauthyperästhesie und eine leichte Steigerung der Reflexerregbarkeit.

Am 50. Krankheitstag kehrt plötzlich die Sprache wieder. Die Wärterin bringt ihr heisse Milch. Wie die Patientin einen Schluck aus der Tasse trinkt, verbrennt sie sich die Zunge und ruft plötzlich: „Au, ist die heiss!“ Nach diesen Worten bleibt sie wieder wie bisher vollständig stumm. Die Temperaturkurve bewegt sich constant zwischen 38^0 und 39^0 und beweist uns, dass die bakterielle Giftwirkung noch nicht erloschen ist. Allmählich tritt die Periode der Defervescenz und der Abheilung ein. Bei tiefen Morgenremissionen werden auch die Abendtemperaturen von Tag zu Tag niedriger, bis auch sie nicht mehr den normalen Wert übersteigen. Starke Nachtschweisse begleiten die Entfieberung.

Im Gegensatz zu den Fortschritten, welche das Allgemeinbefinden der Patientin macht, tritt in ihrem psychischen Verhalten keine Wendung zum Besseren ein. Sie ist stumm, alle Fragen beantwortet sie mit Weinen, alle Bemühungen, sie zum Nachsprechen eines Wortes zu bewegen, sind vergeblich. Dabei ist ihr Sensorium frei, sie streckt auf Geheiss die Zunge heraus etc.

Am 63. Krankheitstag ist die Patientin völlig fieberfrei. Zum ersten Mal antwortet sie auf Fragen durch Nicken und Schütteln mit dem Kopf. Sie zeigt nicht mehr jenes launische, zum Weinen geneigte Wesen, sondern ist frischer und munterer geworden. Sie blickt lebhafter um sich, interessiert sich für Personen und Gegenstände, welche in ihrer Nähe sich befinden, ohne dass aber ein Wort oder Laut der Verwunderung oder Freude über ihre Lippen kommt.

In ihren Bewegungen verrät sie nicht die mindeste Ataxie; sie sitzt aufrecht im Bett und bewegt Arm und Beine völlig normal. Sie beschmutzt nicht mehr die Bettunterlage, weil man ihr von Zeit zu Zeit das Nachtgeschirr reicht.

Nachdem die Patientin seit 8 Wochen mit kurzer Unterbrechung keinen Laut über ihre Lippen gebracht hat, erhält sie am 67. Krankheitstag auf suggestivem Wege die Sprache wieder. Man bringt den faradischen Apparat an ihr Bett und sagt zu ihr, sie könne sprechen, sobald der Apparat schnurre. Der Apparat wird in Gang gebracht, und damit spricht sie auch die Worte aus, die man ihr so oft vorgesprochen hatte: „Ich möchte einen Pfannkuchen haben.“

Von nun ab besitzt die Patientin wieder die volle Herrschaft über ihre Sprache; sie plaudert von selbst viel und giebt treffende Antworten auf die an sie gestellten Fragen. Nicht die geringste Müdigkeit oder Ermattung tritt hervor; es macht ihr offenbar ersichtliche Freude, die wiedererlangte Sprache zu gebrauchen.

Zwei Tage darauf wird, auf Wunsch der Eltern, die Patientin völlig geheilt entlassen.

Ueberblicken wir kurz den Krankheitsverlauf, so handelt es sich um ein 7 jähriges Mädchen, das niemals von einem nervösen Leiden befallen war, noch in dieser Hinsicht belastet ist, im Verlauf des Typhus sehr einsilbig und am Anfang der 3. Krankheitswoche (ca. 16. Krankheitstag) von einer vollständigen Sprachlosigkeit ergriffen wird. Alle Fragen beantwortet sie mit Weinen. Dabei finden sich nicht die geringsten Bewusstseins- oder Sensibilitäts-Störungen, noch auch Lähmungserscheinungen. Die Intelligenz und das Verständnis für die gesprochenen Worte bleiben erhalten. Nach 4 Wochen (am 31. Krankheitstag) ist die Patientin fieberfrei, aber noch immer stumm.

Wenige Tage darauf befällt sie ein Recidiv, das mit sehr hohem Fieber einhergeht. Vorübergehend spricht sie einige Worte auf der Höhe der Krankheit, verstummt aber alsbald wieder und bietet dasselbe psychische Verhalten wie beim ersten Anfall.

Nachdem das Fieber abgefallen ist, zeigt sie durch munteres Wesen und Nicken mit dem Kopf, dass sie ein grösseres Interesse für die Umgebung besitzt, während die absolute Sprachlosigkeit bestehen bleibt.

Nachdem dieselbe 8 Wochen gedauert hat, wird sie durch Suggestion behoben, und die Patientin kann von nun an ohne jede Schwierigkeit sprechen.

Das hervorstechendste Moment in dem Krankheitsverlauf ist die Sprachstörung der Patientin. Sind wir berechtigt, dieselbe als Aphasie zu bezeichnen?

Die mortorische Aphasie[1]) ist dadurch charakterisiert, dass die Kranken das Wort, das sie sagen wollen, wissen, aber nicht aussprechen können, weil sie das Gedächtnis für die zum Sprechen nötigen Bewegungen verloren haben.

Ihre Zunge, ihre Lippen sind an sich nicht gelähmt, aber die Kranken wissen sich derselben zum Sprechen nicht mehr zu bedienen. Sie geben sich die grösste Mühe zu sprechen; das Wort, welches sie sagen wollen, schwebt ihnen beständig vor, sie bewegen den Mund in der auffallendsten Weise, aber es kommen nur einzelne falsche Laute hervor. Die Kranken können auch kein Wort nachsprechen; sie blicken nach dem Munde des Vorsprechenden, sie suchen die Mundbewegungen desselben nachzuahmen, aber das Nachsprechen gelingt ihnen nur unvollkommen.

Die amnestische Aphasie ist dadurch gekennzeichnet, dass die Kranken genau wissen, was sie sagen wollen, dass ihnen aber die Worte fehlen; dabei ist aber das Nachsprechen der Worte vollkommen erhalten, wenn die amnestische Aphasie für sich auftritt.

Ein flüchtiger Blick auf diese Zustände lehrt uns, dass es sich bei unserer Kranken weder um eine motorische noch amnestische Aphasie, noch um ein Gemisch beider handelt.

Sie macht nicht den Versuch, zu sprechen, sie innerviert keinen Muskel, keinen Teil des Sprechapparats, denn trotz aller Aufforderung zum Sprechen bewegt sie weder die Gesichtsmuskeln noch die Zunge

[1]) Strümpells Lehrbuch der Pathologie, Bd. III. 419.

noch die Muskeln des Kehlkopfs noch die des Atmungsapparates. Alle bei der Stimmgebung funktionierenden Muskeln verharren in Ruhe, weil die Patientin unfähig ist, den Entschluss zum Sprechen zu fassen, die Antwort auf die an sie gerichteten Fragen in Worte zu fassen. Diese Entschlussunfähigkeit wird wohl am klassischsten durch ihr Verhalten beim Stuhllassen illustriert. Lieber lässt sie den Stuhl unter sich gehen und beschmutzt die Bettunterlage, als dass sie sich zu dem Entschluss aufrafft, ihre Wärterin zu rufen.

Demnach handelt es sich bei unserer Kranken um völlige Stummheit, um totalen Mutismus.

Liegen nun dieser Stummheit anatomische Veränderungen zu Grunde, oder ist sie rein funktioneller Natur?

Das plötzliche Verschwinden des Mutismus auf der Höhe der Krankheit unter der Einwirkung eines Schrecks, der prompte Erfolg der Suggestion in der Rekonvalescenz, weisen uns darauf hin, dass es sich um eine Störung handelt, welche in das Gebiet der ideogenen oder psychogenen Störungen gehört und identisch ist mit dem, was man „hysterischen Mutismus“ genannt hat.

Es ist wohl am Platze, an dieser Stelle ein Bild des hysterischen Mutismus zu entwerfen, um prüfen zu können, ob unsere Patientin alle charakteristischen Eigenschaften desselben bietet.

Da der hysterische Mutismus eine nicht allzu seltene Erscheinung ist, hat man naturgemäss viel

über ihn geschrieben. Allein es ist erst *Charcot*[1]) gelungen, eine präcise Definition für denselben zu geben.

Der hysterische Mutismus[2]) ist durch absolute Stummheit und gleichzeitige Stimmlosigkeit charakterisiert, ohne dass irgend ein anderes der Elemente der Sprechfähigkeit und der Mimik im mindesten geschädigt wäre.

Die Kranken können jede Bewegung mit ihrer Zunge und ihren Lippen ausführen und sie nach allen Richtungen hin mit Leichtigkeit bewegen, sie können blasen und pfeifen wie ein Gesunder. Sie geben aber kein artikuliertes Wort, keinen Schrei kein Geräusch von sich, selbst nicht mit leiser Stimme; ja noch mehr, sie ahmen die Sprachbewegungen, die man ihnen vormacht, nicht einmal nach.

Andererseits haben die hysterisch Stummen ihre Intelligenz behalten. Sie können alles in sich aufnehmen, was sich ihrem Auge und Ohr bietet; sie können ihre Gedanken durch die Schrift anderen mittheilen und durch die Mimik sich verständlich machen. Examiniert man sie, so greifen sie mit einer eigentümlichen Eile nach einer Feder oder einem Bleistift, um ihre Gedanken zu Papier zu bringen, und schreiben ihre Antworten mit grosser Behendigkeit nieder; dabei ist ihre Gebärdensprache verständlich und ausdrucksvoll. *Charcot* führt hierfür folgendes Beispiel an:

[1]) Leçons sur les maladies du système nerveux, III.

[2]) Poliklinische Vorträge v. Charcot, Bd. I. 1887—1888.

„Ein Spanier von 28 Jahren leidet seit einem Jahr, an, wie es scheint, auf Syphilis beruhender Epilepsie und bleibt nach jedem Anfall einige Tage stumm. Die Aerzte nehmen an, dass es sich hier um die nach epileptischen Anfällen gar nicht so seltene Stummheit handelt. Als *Charcot* ihn nach einem solchen Anfall zu Gesicht bekommt, macht der Patient auf *Charcot's* Fragen Zeichen, dass er nicht antworten könne, und greift sofort zu Bleistift und Papier, um sich in ganz klarer Weise über seinen Zustand zu äussern".

Allein aus diesem Benehmen hat *Charcot* geschlossen, dass es sich um einen hysterischen Mutismus handelte. Meistens trifft man neben dem hysterischen Mutismus noch andere zum Bilde der Hysterie gehörende Stigmata: Einschränkung des Gesichtsfeldes, Hemianästhesie, Rachenanästhesie u. s. w. Jedoch giebt es auch Fälle, wo der Mutismus für sich allein, als einziges Symptom der Hysterie auftritt. Sein Bild ist aber stets so eigenartig und charakteristisch, dass er, selbst wenn obige Begleiterscheinungen fehlen, ohne jede Mühe diagnosticiert werden kann.

Der Eintritt der hysterischen Stummheit ist in den meisten Fällen plötzlich und gewöhnlich die Folge eines psychischen Traumas, eines Aergers, Schreckens, einer Ueberraschung. In einer anderen Reihe von Fällen tritt der hysterische Mutismus im Anschluss an Schrei- und Lachkrämpfe ein oder zu einer vorhandenen Aphonie hinzu. Häufig beginnen die Kranken nach einem hysterischen Anfall zu stottern und zeigen ein

wenig später den hysterischen Mutismus. Schliesslich giebt es aber auch Fälle, wo er ohne nachweisbare äussere Veranlassung auftritt.

Die hysterische Stummheit ist in ihrem Verlauf und in ihrer Dauer ohne jede Regel und Mass; sie dauert bald nur Stunden und Tage, bald aber auch Monate und Jahre lang. Häufig verschwindet sie ebenso plötzlich, wie sie gekommen ist, auch wiederum im Anschluss an eine Erregung oder ohne besondere Ursache. — Die Neigung zu redicivieren ist bei dem hysterischen Mutismus in hohem Masse vorhanden.

In einer anderen ziemlich grossen Zahl von Fällen beginnt jedoch die Wiederherstellung des Sprachvermögens in ganz eigentümlicher Weise. Die Patienten machen nämlich jedesmal, bevor sie die volle Herrschaft über ihre Sprache wiedererlangen, ein Zwischenstadium durch, in welchem sie nur mühselig stammelnd und stotternd erst Worte und dann Sätze herauszubringen vermögen. Erst nach und nach tritt die volle Sicherheit im Gebrauch der Sprechmuskulatur wieder ein. *Charcot* kennzeichnet dies Verhalten mit folgenden Worten:

„Ce qui caractérise cette affection, c'est que tantôt le retour à la parole est soudain; tantôt, et c'est le fait le plus constant, il existe une phase de transition pendant laquelle, après avoir recouvré la voix, le malade est sujet à bégayer tout mot un peu long pendant une espace de temps plus ou moins considérable.“ —

Im Zustande des Somnambulismus, welcher für die Aufnahme von Suggestionen einen besonders günstigen Boden abgiebt, kann man bei hysterischen Personen diese ganz so merkwürdige Erscheinungsreihe des hysterischen Mutismus auf das Getreueste künstlich hervorrufen, wenn man den Kranken suggeriert, dass sie nicht mehr sprechen können. Man plaudert erst kurze Zeit mit ihnen, geht dann näher an sie heran, und thut so, als ob man nichts mehr hörte und verstände, was sie sprechen. Die Kranken strengen dann alle Kräfte an, um lauter zu schreien. Wenn man dies Spiel noch längerere Zeit fortsetzt, sprechen die Kranken allmälig leiser und verstummen schliesslich vollkommen.

Dieser künstliche Mutismus ist eine nahezu sclavische Nachbildung des natürlichen typischen Bildes: Dieselbe absolute Stummheit und Stimmlosigkeit, dasselbe Fehlen von Agraphie, Worttaubheit und Wortblindheit, dieselbe Intaktheit der Mimik.

Der im Somnambulismus künstlich hervorgerufene Mutismus dauert noch fort, selbst wenn der Kranke erwacht ist. Man muss sich aber hüten, ihn noch längere Zeit fortdauern zu lassen, da hysterische Erscheinungen, welche in der Hypnose künstlich hervorgerufen werden, im wachen Stadium um so schwieriger beseitigt werden können, je länger man sie fortbestehen lässt.

Die Möglichkeit, Hypnotisierte durch Suggestion für einige Zeit ihres Sprachvermögens zu berauben, weist uns darauf hin, dass der hysterische Mutismus

in das Gebiet der ideogenen oder psychogenen Störungen gehört, oder wenn wir *Charcots*[1]) Worte gebrauchen wollen, dass er auf einer psychischen oder geistigen Lähmung beruht. Diese Theorie gilt für die meisten hysterischen Affectionen, besonders für die, welche unter dem Einfluss einer heftigen Erregung oder eines anderen psychischen Traumas entstehen.

Wenn wir das Bild des hysterischen Mutismus, welches wir eben entworfen haben, mit dem vergleichen, das unsere Kranke bietet, so werden wir vollkommen Uebereinstimmung zwischen beiden finden.

Unsere Kranke kann jede Bewegung mit ihren Lippen und mit ihrer Zunge ausführen. Sie ist aber vollkommen stumm und stimmlos, sie giebt kein Wort, keinen Schrei, kein lautes Geräusch von sich, sie macht nicht den Versuch zu sprechen oder die Sprechbewegungen, die man ihr vormacht, nachzuahmen, weil sie unfähig ist, den Entschluss zum Sprechen zu fassen.

Andererseits besitzt sie das Mass von Intelligenz, welches man bei ihrem jugendlichen Alter erwarten kann. Sie erfasst die Bedeutung der zu ihr gesprochenen Worte und führt die ihr gegebenen Befehle richtig aus.

Wenn wir von dem lebhaften Gebärdespiel, auf das *Charcot* so grosses Gewicht legt, und von dem Bestreben der hysterisch Stummen, ihre Gedanken durch die Schrift mitzuteilen, bei unserer Kranken nichts zu bemerken, so dürfen wir uns darüber nicht wundern.

[1]) Leçons sur les maladies du système nerveux, Bd. III.

Es ist eine ganz gewöhnliche Erscheinung[1]), dass Kinder im Verlauf des Typhus bald früher, bald später teilnahmsloser werden. — Dass ein 7 jähriges Mädchen nun gar ihre Gedanken sofort niederschreiben sollte, kann und darf man wohl auch nicht erwarten.

Der Mutismus ist bei unserer Kranken von keinen anderen Stigmata begleitet. Die obige Betrachtung hat uns gelehrt, dass der hysterische Mutismus zwar häufig gemeinsam mit anderen hysterischen Symptomen auftritt, dass er aber auch in manchen Fällen sich isoliert findet.

Eine besondere Ursache für die Entstehung des Mutismus wissen wir bei unserer Patientin nicht anzugeben; ein psychisches Trauma, ein Schreck, ein Aerger ist nicht vorausgegangen.

Auf der Höhe der Krankheit verschwindet der Mutismus plötzlich in sehr charakteristischer Weise. Wie die Patientin die heisse Milch trinkt, erschrickt sie so, dass sie ausruft: „Au, ist die heiss.“ Unter der Einwirkung des Schrecks verschwindet die psychische Hemmung, die Kranke rafft sich auf zu dem Entschluss zu sprechen.

Der Mutismus kehrt wieder, recidiviert und gleicht in dieser Beziehung dem oben entworfenen Bilde.

In der Rekonvalescenz erhält unsere Kranke durch psychische Behandlung die Sprache zurück. Sie zeigt die für die Hysterie „charakterische Suggestibilität.“ Es gelingt bei ihr „die künstliche Hervorrufung eines von der Psyche abhängigen Zustandes durch Wachrufen der sich hierauf beziehenden

[1]) Curschmann, S. 315.

Vorstellungen". Man sagt zu ihr, dass sie sprechen könne, wenn der faradische Apparat anfange zu schnarren. Als dieser zu schnarren beginnt, ist ihr der Mut zu einem Versuch gekommen, und der Versuch gelingt. In dem Effekt dieser psychischen Behandlung, die auf die moralische Kraft und Energie einzuwirken sucht, ist der letzte Prüfstein auf die Richtigkeit unserer Diagnose gegeben.

Demnach dürfte kein Zweifel mehr darüber bestehen, dass die Stummheit unserer Patientin in das Gebiet der ideogenen oder psychogenen Störungen gehört, welche, wie wir oben schon einmal bemerkt haben, bei der Hysterie die grösste Rolle spielen.

Wir haben am Eingang unserer Arbeit bemerkt, dass *Kühn* in einer Dissertation „Fälle von transitorischer Aphasie bei Typhus" gesammelt und eine Erklärung für dieselbe zu geben versucht hat. Ohne aber eine weitere Kritik an die einzelnen Fälle zu knüpfen, hat er kurzweg behauptet, es handle sich bei den einen um motorische, bei den anderen um amnestische Aphasie. Eine eingehende Betrachtung wird uns lehren, dass diese Behauptung unrichtig ist, dass nur bei einem Teile der Fälle „wirkliche Aphasie" besteht, während bei der weit grösseren Zahl es sich um Stummheit oder Demenz oder Taubstummheit handelt.

Prüfen wir zuerst die Fälle, die durch Stummheit charakterisiert sind:

1) *)10 jähriges Mädchen, im Verlauf eines Typhus entstand absolute Sprachlosigkeit, sodass Pat., welche

*) Klusemann, Preuss. Vereinszeitung 1844 No. 12, S. 53.

bei vollem Bewusstsein war und nicht die geringste Lähmungserscheinungen darbot, gar keinen artikulierten Laut hervorzubringen vermochte.

Nachdem die Stummheit etwas über 3 Wochen angedauert hatte, stellte sich das Vermögen zu sprechen schnell wieder ein.

2) *)8 jähr. Knabe. In bereits beginnender Rekonvalescenz eines Typhus vollständige Stummheit. Der höchst abgemagerte Knabe war fieberfrei, bei voller Besinnung, mit leichter Parese der oberen Extremitäten behaftet. Dabei bestand vollkommenes Unvermögen, zu sprechen, und nur durch eine Art von Grunzen drückte er seine Zufriedenheit über Speise und Trank aus. Nach 8 Tagen stellte sich ein dünner eitriger Ausfluss aus beiden Ohren ein, und schon Tags darauf bekam Pat. seine Sprache wieder, deren er 3 Wochen ermangelt hatte. Nun aber trat grosse Redseligkeit ein, weshalb ihm Abends 0,001 gr. Morphium gereicht wurde, worauf er ruhig schlief und den folgenden Tag vernünftig sprach. In den nächsten Tagen verlor sich allmählich die Parese der oberen Extremitäten, und Pat. ist völlig genesen.

3.) **)10 jähriger Knabe. In der Rekonvaleszenz eines schweren 4 wöchentlichen Typhus zeigte sich plötzlich eine auffällige Verlangsamung und 2 Tage danach ein völliger Verlust der Sprache, worüber der Knabe, dessen Sensorium ungetrübt war, sehr aufgegeregt wurde. Anfangs bestand auch geringe Dys-

*) Weisse, Journal für Kinderheilkunde 1864. No. 43, S. 465.

**) Bouchut, Gaz. des hôp. 1877 No. 30. p. 234.

phagie, welche jedoch bald wieder verschwand. Keine Lähmungserscheinungen. Die Zunge konnte normal bewegt werden. Geringer Strabismus convergens. Die Hautensibilität war fast ganz aufgehoben, doch liessen sich von der Fusssohle aus starke Reflexbewegungen auslösen. Am Herz kein Geräusch, Puls 76 verlangsamt, unregelmässig. Am Abend desselben Tages konnte Pat. wieder einige Worte sagen, aber nur langsam und stockend. Am andern Morgen nach einer gut durchschlafenen Nacht sprach er ziemlich gut, skandierte aber die Silben und setzte oft einen Laut für den anderen. An diesem Tage 2 weitere Anfälle von plötzlicher Stummheit, wobei der Knabe erblasste, die Augen divergierten, der rechte Mundwinkel verzogen wurde, das Bewusstsein aber ebenfalls erhalten blieb. Pat. war noch längere Zeit nervös erregt, dann aber trat volle Genesung ein.

Wir glauben, dass der Mutismus dieser 3 Kranken einer anatomischen Grundlage entbehrt und als hysterisch aufzufassen ist. Alle drei sind absolut stumm und stimmlos; dem „Grunzen“ des 2. Kranken legen wir keine Bedeutung bei, da es sich bei hysterisch Stummen[1]) öfters findet. — Bei allen drei verschwindet die Stummheit in typischer Weise; bei den ersten beiden stellt sich das Sprachvermögen innerhalb kurzer Zeit, sehr rasch wieder ein, der 3. Kranke zeigt jenes Uebergangsstadium des Stammelns und Stotterns, das wir oben beschrieben haben. — Auch seine Anfälle sind so typisch, dass an ihrer hysterischen

[1]) Charcot, Poliklin. Vorträge.

Natur nicht gezweifelt werden kann. Bei solchen Anfällen[1]) pflegen die Kinder plötzlich bleich zu werden, die Augen zu schliessen oder zu verdrehen, und zu verstummen; dabei ist das Bewusstsein wenig oder gar nicht getrübt.

Eine weitere Reihe von Fällen ist gleichfalls durch Stummheit charakterisiert, aber bei ihnen sind wir genötigt anatomische Veränderungen für die Erklärung der Stummheit anzunehmen.

4. *)Ein zartes junges Mädchen von 10 Jahren, an schwerem Nervenfieber erkrankt, verlor am 7. Krankheitstag vollkommen ihre Sprache. Sie streckte auf Verlangen die Zunge heraus und machte ihre Wünsche durch verständliche Zeichen kund. Hierauf 5 tägige Bewusstlosigkeit. In der Rekonvalescenz nahmen die Kräfte schnell zu, aber die Sprache kehrte nicht zurück. Dabei bestand nicht die geringste Lähmungserscheinung. Nachdem diese Stummheit volle 12 Wochen angedauert hatte, sprach das Mädchen eines Abends beim Thee das Wort „cup“ aus. Von diesem Zeitpunkt an kehrte das Sprachvermögen nur ganz allmählig nach und nach wieder,

5) **)14 jähr. Knabe. Mittelschwerer Typhus mit ziemlich hohen Temperaturen und zeitweise geringen Delirien. In der Mitte der 3. Woche trat Stummheit ein, wobei das Bewusstsein ungetrübt blieb. Pat. machte Zeichen, um sich zu verständigen. Auf Fragen,

---

[1]) Henoch, Lehrbuch der Kinderkrankheiten.

*) Warring, Curran. Lancet 1873 Vol. II, July 26 p. 11.

**) Handfild Med. Times and Gaz. 1873 Vol. II, July 19. p. 64.

wo es ihm weh thue, griff er mit der Hand nach dem Kopf. Dazu aufgefordert, streckte er die Zunge heraus, deren Beweglichkeit unbehindert war. Nirgends Lähmungserscheinungen. Die Stummheit bestand ungefähr 3 Wochen. In der 2. Woche der Reconvalescenz fing Pat. allmählich an, mehr und mehr artikulierte Laute auszustossen, die sich allmählich zu Worten zuzammenfügten, und in wenigen Tagen hatte der Kranke sein Sprachvermögen wiedererlangt.

6) *)10 jähr. Knabe. Im Verlauf des Typhus trat ohne jede Lähmungserscheinung Stummheit ein, nach vorausgegangenen 2 maligen tiefen Collaps am 22. u. 24. Krankheitstag. Diese absolute Stummheit bestand eine Woche lang. Dann vermochte Pat. wieder „es“ statt „yes“ und „ö“ statt „nö“ zu sagen, und allmählich trat vollkommen Heilung ein.

7/8. **)Ein Knabe von 9 und einer von 10 Jahren, an schwerem Nervenfieber erkrankt, zeigte eine wochelang dauernde Sprachlosigkeit, die sich bis in die Reconvalescenz hinzog. Sie waren bei voller Besinnung und verstanden alles, was man zu ihnen sprach, konnten aber nicht den geringsten Laut hervorbringen, sondern heulten fast tierartig, wenn sie irgend ein Verlangen, besonders nach Speise und Trank ausdrücken wollten. Beide Knaben, die vollkommen genesen, hatten das Unvermögen, artikulierte Laute hervorzubringen, fast 3 Wochen lang.

*) Thomas F. Raven, Lancet 1873, Vol. I., May 3, p. 625.

**) Weisse Journal f. Kinderheilkunde 1864. 43, S. 465.

Die ersten drei Knaben bieten wiederum das Bild absoluter Stummheit und Stimmlosigkeit; die beiden letzten sind zwar nicht im stande, ein Wort zu artikulieren, geben aber laute Geräusche von sich. Die Intelligenz, die Gebärdensprache, die Fähigkeit, die Bedeutung der gesprochenen Worte zu erfassen, ist bei allen erhalten.

Bei den beiden letzten Kranken müssen wir vornherein die Annahme des hysterischen Mutismus ausschliessen, da ein Hysterisch-Stummer niemals wie *Charcot* immer und immer betont, irgend ein lauteres Geräusch von sich giebt.

Leider sind die Krankengeschichten zu kurz und unvollständig um sich ein sicheres Urteil über die Natur der Stummheit bilden zu können, wir glauben aber, dass auch bei den ersten drei Kranken die Stummheit nicht auf hysterischer Basis beruht, da ihr Sprachvermögen nur langsam und in einer Form wiederkehrt, wie wir sie beim hysterischen Mutismus niemals beobachten. Wenn die Hysterisch-Stummen nicht sofort in den vollen Besitz ihrer Sprache gelangen, so machen sie eine Periode durch, in der sie ein sonderbares Stottern zeigen. Sie wiederholen häufig ein und dieselbe Silbe, besonders dann, wenn das Wort, zu dem sie gehört, besonders lang ist. — Ganz anders verhalten sich die oben beschriebenen Kranken. Sie fangen allmählich an, artikulierte Laute auszustossen, die sich nach und nach zu Worten zusammenfügen; nur langsam finden sie das Gedächtnis für eine geordnete Artikulation wieder.

Somit sind wir voll berechtigt, für die Erklärung der Stummheit unserer fünf Kranken anatomische Veränderungen anzunehmen.

Im Gegensatz zu diesen Kranken zeigen die beiden folgenden neben der Stummheit noch eine andere Störung:

9) *)11 jähr. Mädchen, in der 2. Woche von Unterleibstyphus Sprachlosigkeit, wozu sich nach 2 Wochen Taubheit gesellte. Pat. schrie viel. Erst nach beinahe 3 wöchentlicher Dauer der Sprachlosigkeit konnte sie wieder einzelne Worte sprechen, bis nach einigen Tagen die Rede zusammenhängender wurde. Langsame Genesung der sehr heruntergekommenen Patientin.

10) **)Bei einem gastrisch-nervösen Fieber eines 8 jähr. Knaben bestand neben den gewöhnlichen Erscheinungen gänzliche Sprachlosigkeit und Taubheit. Letztere wich erst in der Rekonvalescenz, und nach und nach kam auch die Sprache wieder.

Ohne Zweifel haben wir es bei beiden Kranken mit einer erworbenen Taubstummheit zu thun, wie wir sie nicht selten im Verlauf von Infektionskrankheiten treffen. Besonders häufig spielen bei Typhus, Scharlach, Diphteritis und Meningitis entzündliche und exsudative Prozesse in der Paukenhöhle, die wenn sie nicht behandelt werden, Taubstummheit zur Folge haben. Manchmal bildet sie sich (wie z. B. in den oben beschriebenen Fällen) zurück, manchmal bleibt sie dauernd bestehen. — Wenn die erste Patientin noch

*) Friedrich, Journal f. Kinderkrankheiten, Bd. 44, S. 331.

**) Meyerstein, Clarius & Radius Beiträge, Bd. I, Heft II.

im stande ist, zu schreien, so darf uns dies nicht wunderbar erscheinen, da sowohl bei der angeborenen wie bei der erworbenen Taubstummheit die Stummheit häufig nicht eine absolute ist.

Eine zweite Gruppe von Kranken bietet das Bild der Aphasie. Diese Aphasie zeichnet sich dadurch aus, dass sie meist für sich allein auftritt und verhältnismässig schnell zur Genesung führt. Nur selten ist sie von umschriebenen Lähmungen begleitet; die Bewegungsstörungen, die man am Rumpf und an den Extremitäten findet, fallen in das Gebiet der Ataxie oder des Tremors.

11) *)6 jähr. Mädchen. Die Grossmutter mütterlicherseits und die Tante der Kleinen (Schwester der Mutter) leiden an Krämpfen und nervösen Symtomen. Das Kind war ausser Masern und kleinen Unpässlichkeiten immer gesund. Im Stadium der Besserung eines schweren Typhus klagte Pat. fortwährend über heftige Stirnkopfschmerzen. Eines Morgens erwachte sie, rief heftig das Wort „Mutter“ fuhr mit der Hand nach dem Kopf und konnte kein Wort weiter hervorbringen. Alle Fragen beantwortete sie mit dem Wort „Mutter“. Vollkommene erhaltene Intelligenz. Schlingakt ungestört. Bewegungen der Zunge ungehindert. Im Harn Spuren von Eiweiss. Dieser Zustand hatte 17 Tage gedauert, als sie plötzlich in der Nacht erwachte und die Mutter rief. Sie sprach einige Worte, schlief aber gleich wieder ein. Am anderen Morgen sprach sie ganz wie früher, nur bei einigen Worten

*) Smoler Memorabilien 1865, 10. No. 5, S. 99.

stockte sie mitunter, schien sich auf dieselben besinnen zu müssen und sie nicht gleich finden zu können. Nach 2 Tagen verlor sich auch dies.

12) *)13jähr. Knabe. Innerhalb der ersten 14 Tage von Typhus abdominalis vollständige motorische Aphasie. Trotz der grössten Anstrengung bringt er nur einzelne Laute heraus. Pat. kann sehen, hört vollkommen gut, und seine Intelligenz erscheint unangegriffen. Gegen Ende der 3. Woche gab er durch Zeichen Schmerzen im Kopf an, und im Beginn der 4. Woche zeigte sich eine Lähmung des gesamten rechten Arms, sowie eine solche dergleichen rechten Gesichtshälfte, welche aber bald wieder verschwand. Gegen das Ende der 5 Woche der Krankheit kehrte die Sprache allmählich wieder zurück, nur erschienen die Worte noch sehr gedehnt und in ihre einzelnen Silben zerlegt. Schliesslich vollkommene Genesung.

13) **) 10 jähr. nervös belastetes und verwöhntes Mädchen wird in der Rekonvalescenz eines schweren Typhus am 4. fieberfreien Tag plötzlich von fast völligem Sprachverlust befallen, nachdem leichte Störungen schon Tags vorher beobachtet waren; es handelte sich um die ataktische Form der Aphasie. Das Bewusstsein und die übrigen Körperfunktionen blieben erhalten, namentlich bildete sich keine Lähmung an den Extremitäten aus. Nach 14 Tagen

*) Anderson, Lancet 1873. Vol. I, May 17, p. 724.

**) Curschmann, Nothnagels Specielle Pathol. u. Therapie. Ueber Unterleibstyphus, S. 257.

begann die Sprachstörung sich zu bessern, und nach im ganzen 5 Wochen war völlige Heilung erzielt.

14) *)15 jähr. Lehrling, dessen Mutter im Irrenhaus gestorben war, und der vor seiner Erkrankung übermässig angestrengt war, wurde Ende der 3. Woche eines mittelschweren Typhus im Stadium der steilen Curven, und zwar bei Tage, plötzlich unter vorübergehender Steigerung des Fiebers von ataktischer Aphasie befallen.

Die Besinnlichkeit war von Eintritt des Ereignisses an dauernd ungestört. Schon nach 8 Tagen Beginn der Besserung; nach $3^1/_2$ Wochen nahezu völlige Heilung bis auf geringe noch monatelang hervortretende Störungen in der Wort- und Silbenbildung. Bereits im Bett und nach dem Aufstehen waren bei dem Pat. ataktische Störungen an den unteren Extremitäten bei erhaltener Sensibilität und normalen Patellarreflexen nachweisbar gewesen, die sich nach etwa 10 Wochen vollständig verloren hatten.

Die beiden ersten Kranken (11 u. 12) bieten das Bild der motorischen Aphasie. Sie geben sich die grösste Mühe zu sprechen; das Wort, welches sie sagen wollen, schwebt ihnen beständig vor, sie bewegen den Mund in der auffallendsten Weise.

Der eine hat noch die Fähigkeit bewahrt, deutlich und mit lauter Stimme das Wort „Mutter“ auszusprechen. Diese Monophasie kommt stets zum Vorschein, sobald der Kranke einen Versuch zum Sprechen macht. Er

*) Curschmann, Nothnagels Specielle Pathol. u. Therapie. Ueber Unterleibstyphus, S. 257.

weiss sehr wohl, dass das Wort falsch ist, aber trotz allen Widerstrebens bringt jeder motorische Sprachantrieb immer nur dasselbe Wort hervor.

Der zweite ist fast vollständig aphasisch; er bringt nur einzelne Laute hervor.

Die beiden letzten Kranken bieten das Bild der ataktischen Aphasie, einer Sprachstörung, bei welcher es sich vor allem um Fehler beim Aussprechen handelt

Die Intelligenz ist bei allen vier Kranken erhalten. Sie sind in der Lage, durch Mienenspiel sich zu verständigen, sie verstehen alles, was man zu ihnen spricht.

Das Bewusstsein ist während des Eintritts der Aphasie bei allen Kranken erhalten, die einzigen Symptome, die dem Eintritt der Aphasie vorangehen, sind die Kopfschmerzen bei der ersten Patientin.

Der Eintritt der Aphasie erfolgt für sich, ohne von einer Gesichts- oder Extremitätenlähmung begleitet zu sein.

Im 2. Fall (No. 12) tritt, nachdem die Aphasie ca. 14 Tage bestanden hat, eine Gesichts- und Extremitätenlähmung hinzu.

Resümieren wir die Krankheitsbilder, so haben wir in allen Fällen eine organische Aphasie ohne Worttaubheit und ohne Störung der Mimik.

Die verschiedensten Autoren haben nachgeforscht, welcher Art die anatomischen Veränderungen sind, die diese Aphasie bedingen; jedoch keiner hat nach unserer Ansicht eine befriedigende Erklärung gegeben.

Clarus[1]) nimmt an, dass die Aphasie durch Abnormitäten in der Blutcirkulation bedingt ist, welche vielleicht leicht resorbierbare Exsudate setzten, und durch diese einen vorübergehenden Druck auf die Hirnsubstanz ausübten. Leicht lässt sich annehmen, fährt er fort, dass infolge der durch das langdauernde Fieber geschwächten Herzthätigkeit einzelne Teile des Gehirns ungenügend ernährt wurden, hier also das Gebiet der linken Art. foss. Sylvii. — Wir verwerfen beide Erklärungen. *Clarus* lässt sich nicht einmal darüber aus, worin die Abnormitäten der Blutcirkulation bestehen sollen und stützt sich auf Hypothesen, die er durch keine anatomischen Beobachtungen beweisen kann.

Doch setzen wir den Fall, es bestände eine Abnormität der Blutcirkulation und es käme zum Austritt eines Exsudats, wieso bleibt dies auf die 3. Stirnwindung, den Sitz des Sprachcentrums beschränkt und erstreckt sich nicht auf die ihm so nah gelegene I. Schläfenwindung, den Sitz des Wortverständnisses?

Ebenso unhaltbar ist die zweite Erklärung, dass Herzschwäche eine ungenügende Ernährung der linken Art. foss. Sylvii veranlasse. Gerade bei Kindern — mit diesen haben wir es in den vier Fällen zu thun — zeigt das Herz von allen Organen die grösste Widerstandsfähigkeit gegen die Einwirkung der Toxine, Herzschwäche tritt, wie *Curschmann* sagt, viel seltener und nur nach besonders langem und schwerem Verlauf ein, wenn eine complicierende Endo der Myocardilis sich hinzugesellt.

[1]) Diss. Würzburg 1874.

Allerdings zeichnen sich die 4 Fälle durch die Schwere ihres Verlaufs aus, aber bei keinem wird von Herzschwäche berichtet.

Selbst wenn das Herz durch die Toxin-Einwirkung degenerativ verändert würde und seiner Aufgabe nicht mehr gewachsen wäre, so wäre die *Clarus'sche* Ansicht unrichtig. Denn man müsste erwarten, dass alle Teile des Gehirns, nicht blos das Gebiet der Art. foss. Sylvii ungenügend ernährt würden und ausser der Sprachstörung noch andere Lähmungserscheinungen beständen.

Der zweite Autor, welcher über diesen Gegenstand gearbeitet hat, ist *Kühn*. Er hat für seine Erklärung die pathologisch anatomischen Untersuchungen herangezogen, welche *Rosenthal*[1]) u. a. an den Gehirnen der an Typhus Gestorbenen gemacht hatte. Dabei hat sich ergeben, dass in der Hirnrinde die Intima der Gefässe nicht selten Fett und Pigmentkörnchen und Schwellung der Endothelien zeigte, dass die Ganglienzellen vorzugsweise in der Schicht der grossen Pyramidenzellen Veränderungen boten, indem sie teils gequollen und getrübt, teils mehr oder weniger körnig zerfallen waren. Diese Veränderungen betrachtete *Rosenthal* als parenchymatöse und hielt sie für analog den Veränderungen in anderen Organen, Leber, Niere etc., wie sie beim Typhus aufzutreten pflegen. Er glaubte, sie könnten sowohl für die cerebralen Symptome im Verlauf der Infektionskrankheiten, als für die cerebralen Nachkrankheiten eine Erklärung bieten.

[1]) Schmidt, Jahrbücher, Bd. 193.

Kühn stützt sich auf diese Untersuchungen und glaubt, dass das infektiöse Agens entweder durch seine direkte Einwirkung oder durch besondere Veränderungen in der Ernährungsflüssigkeit der Gewebe, welche es durch seine Anwesenheit im Blut herbeiführt, die degenerativen Veränderungen in den Hirnganglien anrege; diese würden dann unter der Einwirkung der gesteigerten Körperwärme noch weiter fortschreiten. Nach seiner Ansicht erzeugen die unter dem Einfluss des specifischen Krankheitserregers und des Fiebers während des Verlaufs der Erkrankung eingetretenen microskopischen Läsionen der Hirnsubstanz, soweit sie nicht schon nervöse Störungen hervorriefen, eine Disposition zu solchen für die nachfolgende Zeit. Um dieselben zum Ausbruch zu bringen, bedarf es, wie er glaubt, nur eines geringen Reizes; denselben erblickt er in der als Folge der vorhergegangenen Erkrankung bestehenden universellen Anämie. Mit dem Beginn der Fieberlosigkeit und in der Rekonvalescenz trete die allgemeine Ernährungsstörung und Anamie, welche bis jetzt nur durch beschleunigte Aktion der Herzens und dadurch rascheren Blutkreislauf einigermassen kompensiert wurde, stärker hervor, und das empfindliche, erschöpfte und hier noch dazu prädisponierte Gehirn reagiere auf die eine oder andere Weise. Auf diese Art käme die zur Zeit der Rekonvalescenz auftretende Aphasie zustande. Neuere photologische Arbeiten von *Meynert*[1]) haben ergeben, dass dis Ganglienzellen nicht jene schweren Verände-

[1]) Curschmann, S. 105.

rungen zeigen, wie sie von *Rosenthal* beobachtet wurden. Er fand nur Anhäufung von Pigmentkörnern in ihrem Zellleib und dessen Conturen verwischt.

Somit ist die Erklärung *Kühn's* als hinfällig zu betrachten, da die anatomischen Veränderungen, welche er angenommen hat, in Wirklichkeit nicht vorhanden sind.

Wir schliessen uns der Ansicht *Curschmann's* an, dass diese fast nur dem Kindesalter zukommenden vorübergehenden Aphasien bisher unaufgeklärt sind.[1])

Bei einer dritten Gruppe von Fällen ist die Sprachlosigkeit lediglich eine Folge der schweren Intoxikation. Anfangs bestehen sehr lebhafte Delirien, später gehen sie in tiefen Sopor und Coma über. Die Kranken zeigen eine lähmungsartige Schlaffheit des Körpers, stertoröses Atmen, offenen Mund mit herabhängenden Kiefern. In diesem Zustand geben sie nur unartikulierte Laute von sich. Bisweilen sind sie überhaupt nicht zu erwecken und nur durch stärkste Eingriffe zu rasch vorübergehenden, undeutlichen Aeusserungen zu bringen. Diese schweren cerebralen Erscheinungen sind häufig durch eine begleitende Meningitis bedingt; ob wir aber berechtigt sind, eine solche in unseren Fällen anzunehmen, ist sehr zweifelhaft, da keiner der Kranken die für die Meningitis charakteristischen Symptome — heftige Kopfschmerzen — Opistotonus — Starre des Halsteiles der Wirbelsäule bietet. Allerdings spricht der anatomische Befund des 2. Falles etwas für Meningitis.

[1]) Curschmann, S. 316.

15) *)12jähr. Mädchen. Schwerer Typhus mit hochgradigen cerebralen Erscheinungen, welche vom 10. Tage eine bedrohliche Intensität annahmen. P. gab von diesem Zeitpunkt an keinen artikulierten Laut mehr von sich. Erst nach Ablauf der 3. Woche zeigte sie sich allmählig wieder besinnlicher. Am 29. Krankheitstag traten die ersten vernehmlichen Laute auf, und am 30. war die Sprache wieder vollkommen normal.

16) **)4jähr. Knabe kam am 8. Tage eines Typhus mit starken Fiebererscheinungen ins Hospital. Linkerseits pneumonische Verdichtung. Bei Nacht traten Delirien auf, der Knabe konnte nur unartikulierte Laute ausstossen. 10 Tage nach dem Eintritt ins Krankenhaus, am 18. Krankheitstag, trat völlige Bewusstlosigkeit, einige Zeit darauf Collaps und Tod ein.

Autopsie des Gehirns; Dura schlaff, Sinusfalciformis blutleer, Hirnsubstanz und die hie und da milchig getrübten Meningen mässig blutreich.

Die cerebralen Erscheinungen der beiden Patienten sind so schwer und intensiv, dass sie vollkommen die Sprachlosigkeit erklären.

Zum Schluss sei noch ein Fall von *Kühn****) erwähnt, bei dem die Sprachlosigkeit durch eine hochgradige Demenz, welche sich zu Beginn der 2. Woche einstellte, bedingt ist.

---

*) Steinthal, Berl. klin. Wochenschrift 1876. 13, No. 12, S. 159.

**) Eisenschitz, Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. II, S. 443.

***) Kühn, Deutsches Archiv f. klin. Medicin. Bd. 34.

17) 8 jähr. Knabe, spricht vom Ende der ersten Woche des Typhus ab kein Wort mehr. Keine Hirnerscheinungen. Von diesem Zeitpunkt ab schneller geistiger Zerfall. 4 wochenlanges Anhalten dieses Zustandes, danach allmähliche Besserung, Wiederkehr des vollen Verständnisses für Umgebung und die an ihn gerichteten Worte, aber Fortbestehen der Sprachlosigkeit und Unfähigkeit, durch Zeichen sich verständlich zu machen. Uncoordinierte Bewegungen der unteren Extremitäten. Keine Lähmungserscheinungen. Nach 7 Wochen plötzliche Rückkehr der Sprache, einige Tage zuvor macht Pat. sich durch Zeichen verständlich.

Von allen Krankheitszuständen, die wir im Verlauf des Typhus abdominalis beschrieben haben, muss der hysterische Mutismus unser besonders Interesse hervorrufen, weil man ihm, wie überhaupt den hysterischen Affektionen im Verlauf des Typhus, bisher wenig Beachtung geschenkt hat.

Der einzige Autor, bei dem wir Angaben über diesen Gegenstand finden, ist *Curschmann.*[1]) Er hat bei jugendlichen — männlichen und weiblichen — Personen mehr oder minder ausgesprochene Grade hysterischen Stupors mit Katalepsie beobachtet: Die Kranken lagen völlig reaktionslos und bewegungslos da, waren scheinbar unbesinnlich, nahmen keine Nahrung zu sich und liessen Urin und Stuhl ins Bett gehen. Bei genauer Betrachtung sah er, dass die Kranken auf besonders starke Gehörs- und Gesichtseindrücke,

[1]) S. 249.

selbst auf laute Anreden mit einem Seufzer, vermehrtem Lidschlag, einer zweckmässig gerichteten Augenbewegung oder pötzlicher Steigerung der Pulsfrequenz reagierten.

Er überzeugte sich, dass die Patienten zwar bewusst, aber in ihrer Aeusserungsfähigkeit hochgradig gehemmt waren, und stellte als sicherstes Zeichen für den bestehenden kataleptischen Zustand „Flexibilitas cerea“ fest. —

Es ist naturgemäss, dass der Typhus, welcher das Nervensystem in so heftiger Weise afficiert, sehr leicht den Grund zu jener reizbaren Schwäche legt, auf dem die Hysterie sich entwickelt.

Unsere 4 Fälle sind aber noch besonders dadurch interessant, dass es sich um Kinder handelt, bei denen das Vorkommen der Hysterie zu den grossen Seltenheiten gehört, ja vor nicht allzu langer Zeit geradezu bestritten wurde. — Jedoch ist ihr Verlauf so charakteristisch, dass an der Diagnose „hysterischer Mutismus“ nicht gezweifelt und speciell der Heidelberger Fall als der klassische Typus desselben bezeichnet werden kann.

Es erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Erb, für die freundliche Ueberweisung der vorliegenden Arbeit und die liebenswürdige Unterstützung bei deren Abfassung meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.